Lucile POUMARAT-PRALUS kinésithérapeute –périnéologue.
Spécialisée dans la rééducation périnéale
Ex attachée à l'Hôtel-Dieu de Clermont –Ferrand.
Membre du comité scientifique de l'ARREP
Auteur des livres « L'enfant propre mode d'emploi » 2010 éditeur R. Jauze. Paris.
« Les embarras du ventre, alimentation, médicaments ». 2011 éditeur R. Jauze. Paris

Un Cas clinique

Femme Marocaine de 37 ans envoyée en rééducation périnéale et ano-rectale pour asynchronisme abdomino-périnéal net, retrouvé à la recto-manométrie, constipation opiniâtre, fuites de gaz ano-rectaux, salissures anales et IUE aux efforts et à la toux.

Compte-rendu médical

Elle présente :

-Des douleurs abdominales paroxystiques
-Myalgies
-Pas de signes neurologiques, psychiatriques, dermatologiques.
-Elle décrit de la tachy-systolie per-crise. (L'électromyogramme est normal).
-Le bilan CV est normal.
-**Bilan urines** : urines de claire à foncées légèrement = normales
-**Bilan morphologique abdominal normal** (TDM FOGD coloscopie)
-**Bilan biologique per crise**:-NF=N ; VS=10, CRP=108 (ces 2 dernières sont un peu élevés) -Gammaglobulines : GGT=Normales

-Pas d'ANTCD familiaux. (Parents DCD jeunes)
-ANTCD obstétricaux : 4 G, 4P : accouchements : VB
-ANTCD gynécologiques : Pilule contraceptive depuis le 4ième accouchement
-ANTCD maladie et médicaments : Hépatite A infantile bien soignée (Anticorps présents)
Myalgies soignées par anti myalgiques, anti inflammatoires, paracétamol.
Par ailleurs cette patiente ne prend aucun autre médicament.
-ANTCD manométrie ano-rectale : asynchronisme abdomino-périnéal net (AAP)

Explications de la prescription médicale

-***Paroxystiques*** *(Paroxystique fait référence à la période d'une maladie dans laquelle les symptômes atteignent leur maximum d'intensité)*
-TDM : *Dans les cas de douleur abdominale aiguë, une tomodensitométrie est indiquée. Les examens par TDM du système gastro-intestinal inférieur peuvent être utilisés.*
-FOGD : *Fibroscopie Œso-Gastro-Duodénale*
-coloscopie : *Cet examen étudie la paroi interne (muqueuse) du gros intestin afin de déceler des anomalies*
Bilan CV *(bilan cardiovasculaire) : Tacchy-systolie : (Les crises de tachycardie paroxystiques sont fréquentes).*

Bilan et interrogatoire kiné

IUE : toux, éternuement, efforts rapides, (ratage d'un trottoir) marche et port de charges.
Constipation et salissures anales ressenties. Fuites de gaz ano-rectaux : impossible à retenir mais ressentis, salissures anales fréquentes.
Va à la selle en appuyant sur son périnée dans le vagin
Au niveau obstétrical grossesses à un an d'intervalle.
G1, bébé de 3kg050
G2 bébé de 3kg150
G3, bébé de 3kg400 : déchirure périnée du 3ième degré : (CAD : rupture sphinctérienne sans effraction de la paroi ano-rectale).
G4, bébé de 2kg500 : Déchirure périnée du 4ième degré : (CAD : rupture sphinctérienne ano-rectale).

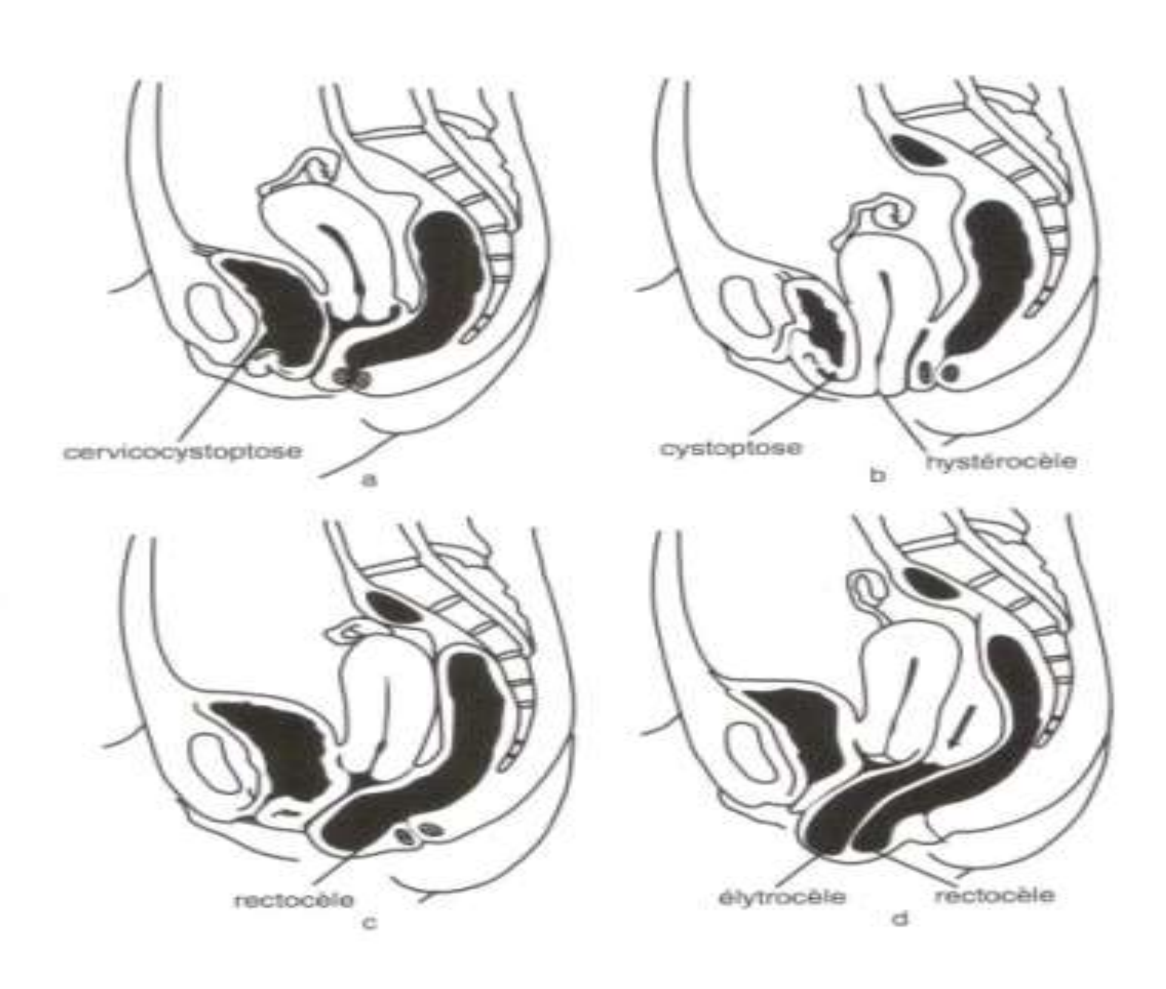
IA pendant un an. Geste chirurgical effectué 1 an après l'accouchement.
Depuis, constipation terminale.

Examen général : Poids : 73kg ; Taille : 1,52m.
Examen abdominal debout : atonie abdominale et proéminence avec lordose lombaire importante.
Examen périnéal :
Vulve ouverte : Prolapsus antérieur cystocèle à 3, utérocèle à 2, rectocèle à 3.
PA : 2/5
SAE : 1/5
Piliers des pubo-rectaux : 1 à droite, 2 à gauche *(de la patiente)*
Ampoule rectale : pleine de selles molles. (Elle dit être allé à la selle 2 fois le matin).

Conclusion kiné
Poids et taille en dysharmonies : (doit perdre du poids).
Prolapsus extériorisé globalement à 3 : (CAD : en voie d'être opéré).
Périnée antérieur faible.
Périnée postérieur, pilier des pubo-rectaux faibles.
SAE faible.
Ampoule rectale pleine, évacuation incomplète.

Rappel : Premièrement, qualifier et quantifier les prolapsus :

LES DIFFERENTS PROLAPSUS



1er point : Qualifier et classer le prolapsus par un examen clinique rigoureux
Quantifier : 3 degrés en fonction de l'importance de la descente de l'organe :
1er degré : l'organe reste en deçà de la vulve (descente à mi-vagin).
2e degré : l'organe affleure la vulve.
3e degré : l'organe dépasse la vulve (prolapsus extériorisé).

Qualifier
1°schéma –a- : étage antérieur : La cervicocystoptose : c'est la descente du col vésical sous la ligne pubo-coccygienne.

2° schéma –b- : La cystoptose ou cystocèle est définie comme la saillie anormale de la base vésicale au niveau de la paroi antérieure du vagin. C'est **une colpocèle antérieure** : Bombement anormal de la paroi vaginale antérieure, **une colpocèle antérieure** correspond presque toujours à une cystocèle.

L' Hystérocèle ou hystéroptose est définie par la chute de l'utérus :terminologie plus simple pour l'étage moyen du périnée.

3° schéma –c et d-: étage postérieur :
La colpocèle postérieure se définie par la saillie endoluminale de la face postérieure du vagin et correspond à une **rectocèle antérieure**, ou à une **élytrocèle** *(appelée encore douglassocèle)* et lorsqu'elle contient un segment de tube digestif est alors appelée **entérocèle** (intestin grêle) ou **sigmoïdocèle** (colon sigmoïde)

PROTOCOLE DE REEDUCATION

1° Par un travail comportemental :

-présentation à la selle post-prandiale pour profiter du réflexe gastro-colique.

-position physiologique (accroupie) ou position s'en rapprochant (surélévation des cuisses sur le bassin). Ce qui évitera à la patiente la pression intra vaginale qu'elle doit exercer pour exonérer. L'exonération doit se faire sans forcer, sans exercer d'appui intra vaginal en bonne position et de façon totale. Une ampoule rectale vide ne fuit pas.

En ce qui concerne l'expulsion des gaz ano-rectaux non retenus mais ressenti au passage là aussi il y a amélioration par le travail sur les muscles striés périnéaux et sphincter anal externe. On n'a pas utilisé de sonde EMG en anal, le simple fait d'un travail sur le périnée antérieur en BFB avec une sonde vaginal EMG à suffit à faire retrouver à la patiente un meilleur SAE. Les muscles striés de cette région étant innervés exclusivement par le nerf pudendal. Seul un travail digital a été pratiqué au cours de 5 séances pour prise de conscience.

2° Par le travail au BFB instrumental
Travail de l'asynchronisme au BFB instrumental avec sonde à double ballonnets :
Schéma : -un ballonnet (B1) intra rectal, un ballonnet (B2) sur le canal anal



Pratique.
-Demander une contraction au niveau B2 sans bouger B1, pour prise de conscience.
-Demander une expulsion des ballonnets B1 et B2 .
Schéma ci-dessous : on obtient :



En rouge B1 en intra rectal :
La courbe s'élève à la pression abdominale (demande d'expulsion).

En jaune B2 sur le canal anal :
La courbe descend en BFB négatif : silence complet (demande d'expulsion).

Une fois le synchronisme abdomino-périnéal récupéré, (5 séances ont suffit), nous pouvons commencer le renforcement des muscles striés, périnée antérieur et sphincter anal externe.

Rappel : Par le digital nous travaillons **la force**, par le BFB instrumental nous travaillons **l'endurance, la tenue.**
La patiente présentant un prolapsus **de grade 3,** va bénéficier prochainement d'un TVTO.

La rééducation tient compte du degré du prolapsus et **ne pratique pas d'électrostimulation**. Seules 3 séances de fréquence, 5 Hz, de largeur 250µS de façon discontinue, avec 2s de contraction et 4 secondes de repos ont été pratiquées **à visée prise de conscience** de la région périnéale. Nous savons que **la rééducation ne remonte pas les prolapsus**, mais elle permet la prise de conscience de la bonne contraction et du relâchement périnéal.

Conclusion
Douze séances ont été faites sur 12 prescrites avec un bon résultat sur la récupération musculaire périnéale et du SAE, sur l'asynchronisme abdomino-périnéal (AAP), sur la vidange de l'ampoule rectale de façon convenable sans forcer ce qui pourrait avoir un effet délétère sur le périnée en

postopératoire. La patiente a été mise au courant. A signaler que la patiente a maigrit de 5 kilos et consulte sur notre avis une diététicienne.

Lucile Poumarat